

здоровьесберегающего пространства, в которое включены семья и дошкольное образовательное учреждение, должно стать базовым условием не только сохранения здоровья ребенка, но и фактором формирования его здорового образа жизни, наполненного здоровьесберегающими практиками.

** Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ № 11-13-66007а/У*

Волкова Т.И.,

г. Челябинск

БОЛЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ЗАЩИТА ИЛИ ДЕВИАЦИЯ?

Боль (греч. *algesis*, лат. *dolor*, англ. *pain*) является наиболее распространенным явлением, которое причиняет страдание очень многим людям, ухудшая их жизнь и условия существования. Болью сопровождается огромное количество заболеваний от небольшой, ничем не угрожающей травмы до инфаркта миокарда с болевым шоком. Согласно статистическим данным служб здравоохранения и ведущих специалистов по проблеме боли многих развитых стран мира, хронические болевые синдромы там отмечаются у миллионов людей и экономический ущерб от этого составляет огромные суммы. Хроническая боль, которой в США страдают около 20 млн. человек, ежегодно оборачивается для высокотехнологичного американского здравоохранения и страховых компаний (непосредственные затраты на лечение пациентов, выплата пособий по нетрудоспособности, потери вследствие выключения членов общества из трудового процесса и т. д.) расходами в десятки млрд. долларов в год. В Германии от хронической боли страдает около 7 млн. человек – соответственно и экономические потери очень велики [1, с. 66].

В нашей стране все еще нет даже официальной статистики на этот счет. Вместе с тем совсем нетрудно подсчитать, исходя из пропорций населения в нынешней России и основных странах мира, что речь идет о миллионах наших соотечественниках, страдающих от различных видов хронической, а также часто рецидивирующей острой боли [2, с. 33-34].

В настоящее время методологический подход при объяснении природы боли ближе всего к более ранней, восходящей еще к представлениям Аристотеля, аффективной концепции, согласно которой *боль* – это не просто ощущение, а “*эмоция*, определяющая мотивацию поведения человека” [3, с. 217]. Традиционная теория боли была известна как “теория специфичности”. Одним из первых, кто дал ее лучшее описание и попытался научно объяснить природу боли, был Р. Декарт: “Чувство, называемое болью, происходит обыкновенно от какого-нибудь сильного действия, затрагивающего нервы” [4, с. 642]. Другими словами, он представил болевую систему как прямой канал от кожи в головной мозг (“звон в колокол”).

Группа экспертов международной ассоциации по изучению боли выработала следующее определение: “Боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения” [5, с. 8]. Еще известный русский врач Г.Н. Кассиль так писал о боли: “Боль является тем шестым чувством, без которого немыслима жизнь на Земле. Ни одно из известных нам определений не связано с такими отрицательными эмоциями, как боль... она неприятна, тягостна и подчас мучительна...” [6, с. 399].

Болевое ощущение и его физиологические эквиваленты выработаны в процессе эволюции как защитно-приспособительные реакции организма, обеспечивающие предупреждение повреждений. Биологическая полезность боли аргументируется клиническими случаями врожденной или приобретенной *аналгезии* (от греч. *analgesia* – отсутствие боли, невосприимчивость). В раннем детстве такие лица получают обширные ожоги, ушибы, разрезы тканей; иногда они откусывают себе язык при пережевывании пищи, вытаскивают зубы. Обычно люди, не имеющие болевой чувствительности, преждевременно погибают [7, с. 140].

Можно сказать, что боль является предупреждающим сигналом о возникновении в организме различных патологических процессов, которые

открывают путь к распознаванию и лечению многих болезней. В этом смысле боль – важное, полезное ощущение, которое трудно переоценить как в отношении к выживанию, так и сохранению жизни. Замечательный советский врач, патолог, академик И.В. Давыдовский по этому поводу говорил, что “Боль формально – патологическое явление, снижающее трудоспособность, часто симптом болезни. Но боль – это болевой импульс, служащий спасению организма, обеспечивающий какую-то сумму стрессорных и поведенческих реакций. Можно согласиться с Н. Винером, когда он пишет, что нет более ужасной судьбы, чем судьба индивидуума, страдающего от отсутствия ощущения боли” [8, с. 398].

Восприятие боли, как и большинство аспектов деятельности мозга, носит сложный характер. Она различна и у разных людей, и у одного и того же человека в зависимости от времени, возраста, физиологического, психологического и эмоционального состояния организма и других показателей.

Исследование, проведенное в г. Новосибирске в 2003 г. методом опроса (рандомизированная выборка составила 566 человек), выявило зависимость интенсивных болевых ощущений, а также распространенность хронической боли от социально-демографических факторов: пол, возраст, образование, уровень самооценки, социального и материального положения, гражданского статуса, степени удовлетворенности жизненными условиями.

Так, люди, имеющие более высокий уровень образования, в меньшей степени страдают хроническими заболеваниями и испытывают боль, нежели с низким

уровнем образования (31,9% и 68,1% соответственно к числу опрошенных).

Женщины сильнее подвержены боли, чем мужчины (69,1% и 30,9% соответственно). С возрастом интенсивность боли увеличивается. У молодых людей до 30 лет распространенность основных видов болевых синдромов – (13,4%); 30-50 лет – (32,5%); старше 50 лет – (54,1%). Вдовцы и разведенные

более чувствительны к боли, чем женатые и холостые (58,4% и 41,6% соответственно). Также установлено, что распространенность хронической боли выше среди лиц с низкими доходами, увеличивается с возрастом, связана с депрессией и эмоционально-стрессовыми факторами [9, с. 13].

Любая боль, в каких бы формах она не проявлялась, не может не отражаться на поведении человека, а в тяжелых случаях – изменить его жизнь до неузнаваемости. Поэтому вполне уместно говорить относительно особой формы социального действия – *болевого поведения*, которое проявляется в виде вербальной и невербальной коммуникации, необходимой для сообщения окружающим о том, что индивид испытывает боль. Действия, составляющие болевое поведение не осознаны и обычно включают в себя: манеру речи, жалобы на боль, стоны, мимические, жестикуляционные и пантомимические действия, а также: избыточный прием анальгетиков, обращение за медицинской помощью, прекращение любой деятельности, в том числе и трудовой, требование внимания и заботы близких и родственников. Болевое поведение может выражаться: в защитных жестах и позах, направленных на избегание (ограничение) боли; замедленности, прерывистости и скованности движений; переносе массы тела на одну ногу; растирании, прикосновении, поддержке болезненной области; болевых гримасах (наморщивание лба, прищуривание, сжатие губ, опускание уголков рта, стискивание зубов); шумном дыхании. При хронических болях часто отмечается так называемое *неадаптивное* болевое поведение, характеризующееся чрезмерной зависимостью от приема лекарственных средств, малоподвижным образом жизни (в частности, проведение большей части времени в постели), ограничением социальных контактов. Реже встречается *адаптивное* болевое поведение, когда, несмотря на боль, пациенты стараются поддерживать повседневную активность дома, выполнять посильную нагрузку на рабочем месте, используя физические, дыхательные и психические упражнения (например, восточные техники обезболивания, массаж и др.). Большое влияние на болевое поведение

оказывает внешнее окружение пациента. Положительное подкрепление (поощрение, поддержка, сопереживание) любой формы болевого поведения значимыми окружающими людьми увеличивает вероятность его повторения в будущем. И, напротив, игнорирование окружающими (супругом, родителями, детьми) такого поведения, – уменьшает вероятность его повторения.

Прямое подкрепление болевого поведения значительно усиливает инвалидизацию и страдание, что, в свою очередь, приводит к усилению восприятия боли. Определенную роль в формировании болевого поведения играет и медицинская помощь. Пациенты с хронической болью, подвергаясь обследованию различными врачами, неосознанно учатся тому, что делать и говорить при осмотре, чего ожидать или что ожидают от них на приеме. Противоречивые советы и мнения, неудачные попытки лечения приводят к упрочению болевого поведения. У пациентов с выраженными признаками болевого поведения отмечается меньшая эффективность любого вида лечения.

Выходит, что с биологической точки зрения боль и болевое поведение носят позитивный характер, способствующий выживанию организма. А если подойти к данной проблеме с социального ракурса? Ведь человек – это существо биосоциальное, связанное многочисленными связями с другими людьми и обществом в целом, при этом играющее огромное количество различных социальных ролей.

По этому поводу американский социолог Т. Парсонс разработал концепцию о “роли больного в обществе” и представил социологический подход к проблемам здоровья и болезни. Считая каждое отклонение от нормы разрушительным для интеграции общества, он рассматривает болезнь как один из видов отклоняющегося поведения наряду с безумием и преступлением. В своей книге “Социальная система” Парсонс утверждает, что “слишком низкий общий уровень здоровья, слишком высокая склонность к заболеваниям нарушают функции общества: в первую очередь это

происходит потому, что болезнь нарушает эффективное выполнение социальных ролей”[10, с. 432]. Т. Парсонс рассматривал здоровье, прежде всего, как ценный социальный товар, как важный ресурс для индивидуальных достижений и спокойного функционирования общества. Роль больного, которую следует рассматривать, по его мнению, как “чистый тип”, а не как буквальное эмпирическое описание, имеет четыре определяющие черты, две из которых можно описать как “права”, а две – как “обязанности”. Эти два права состоят в освобождении от нормальных социальных ролей и от вины за плохое состояние здоровья, а этими двумя обязанностями являются обязанность поправиться (т.е. как можно быстрее избавиться от прав и роли больного) и стремиться к получению квалифицированной помощи от врача и сотрудничать с ним. Особенность болезни как социальной девиантности Т. Парсонс видит в том, что больной связан с группой здоровых людей (семья больного, коллеги, друзья, медицинские работники), а не с другими людьми с отклоняющимся поведением, как, например, в случае, когда речь идет о представителях уголовного мира.

Другой американский социолог – D. Mechanic так же, как и Т. Парсонс рассматривает болезнь как вид отклоняющегося поведения и считает, что социально-психологические факторы в большей мере, чем институциональные условия, определяют поведение больного. Определяя поведение больного как контролируемое отклоняющееся поведение, D. Mechanic утверждает, что форма социального контроля способствует укреплению стабильности общества [11].

Идеи Т. Парсонса разделяет французский философ и социолог М. Фуко: “Больной безусловно не способен работать, но если он помещен в больницу, это становится для общества двойной нагрузкой: презрение, которое он получает, предназначается лишь для него, а его оставленная семья оказывается в свою очередь в нищете и болезни” [12, с. 293].

Девииантность болезни у Ж. Бодрийяра выявляется очень точно и определяется тем, что “самая серьезная опасность, которую представляет больной, в чем он по-настоящему асоциален и подобен опасному безумцу, – это его глубинное требование быть признанным в качестве такового и обменивать свою болезнь” [13, с. 319]. И далее он констатирует: “Но чтобы признать это безумие под названием “болезнь” как некую отличность, обладающую смыслом..., не стремясь “вернуть больного к нормальной жизни”, – такое предполагает полную ликвидацию медицины и больницы..., а, в конечном счёте, и ликвидацию всего господствующего социального порядка...” [13, с. 320].

Болевое поведение, таким образом, – сложный феномен, имеющий не только эволюционно-адаптивное значение для выживания человека, но и оказывающий существенное влияние на стабильность общества, представляющий особую форму девиантного (отклоняющегося) поведения.

Литература

1. Цибуляк В.Н., Загорулько О.И., Гнездилов А.В., Картавенко С.С. Интегративная медицина в клинике боли // Боль. – 2003. – №1. – С. 66-68.
2. Павленко С.С., Иерусалимский А.П., Астахова Т.И. Эпидемиологическое исследование болевых синдромов у населения крупного промышленного города Сибири // Тезисы докладов Российской науч.-прак. конф. – Новосибирск, 1997. – С. 33-34.
3. Аристотель. Сочинения: в 4-х т. Т. 4 / Пер. с древнегреч.; Общ. ред. А.И. Доватура. – М.: Мысль, 1984.
4. Декарт Р. Избранные произведения / Пер. с франц. и лат. Ред. и вступ. статья В.В. Соколова. – М: Государственное издательство политической литературы, 1950.
5. Боль: руководство для врачей и студентов / Под ред. акад. РАМН Н.Н. Яхно. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.
6. Кассиль Г.Н. Наука о боли. – М.: Наука, 1965.

7. Блум. Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л. Мозг, разум, поведение: Пер. с англ. – М.: Мир, 1988.
8. Давыдовский И.В. Общая патология человека. – М.: Медицина, 1969.
9. Павленко С.С., Тов Н.Л. Исследования распространенности основных видов хронических болевых синдромов среди населения Новосибирска // Боль. – 2003. – № 1. – С. 13-16.
10. Парсонс Т. О социальных системах / Под ред. В.Ф. Чесноковой и С.Я. Белановского. – М.: Академический проект, 2002.
11. Mechanic D. Medical Sociology . 2-nd Ed. – New York: Free Press, 1978.
12. Фуко М. Рождение клиники. – М.: Смысл, 1998.
13. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. – М.: Добросвет, КДУ, 2006.

Воронова Л.Н., Малиновская Е.,

г. Москва

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ

Здоровый образ жизни можно охарактеризовать, как активную деятельность людей, направленную, в первую очередь, на сохранение и улучшение здоровья. При этом необходимо учесть, что образ жизни человека и семьи не складывается сам по себе в зависимости от обстоятельств, а формируется в течение жизни целенаправленно и постоянно. Проблема формирования здорового образа жизни молодого человека становится особенно актуальной в настоящих условиях общественного развития. Среди факторов, ухудшающих здоровье, мы можем выделить разнообразные вредные привычки, наиболее распространенной из которых является табакокурение. Высокий уровень распространенности курения поддерживается за счет пополнения армии курильщиков подростками и